Deutscher Bundestag **Drucksache 17/8774**

17. Wahlperiode 29. 02. 2012

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Birgitt Bender, Dr. Harald Terpe, Maria Klein-Schmeink, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 17/8646 –

Praxisgebühr und Arzt-Patient-Kontakte

Vorbemerkung der Fragesteller

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) müssen seit dem 1. Januar 2004 für den jeweils ersten Besuch einer Ärztin/eines Arztes, einer Zahnärztin/eines Zahnarztes oder einer Psychotherapeutin/eines Psychotherapeuten im Quartal eine Praxisgebühr von 10 Euro zahlen, sofern sie mindestens 18 Jahre sind, keine Überweisung vorlegen können, nicht von Zuzahlungen befreit sind und es sich nicht um eine gesetzliche Vorsorgemaßnahme handelt.

Die Praxisgebühr war Bestandteil des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz) und wurde gemeinsam von der damaligen Koalition der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und der Fraktion der CDU/CSU beschlossen. Sie sollte zu einem rationalen Inanspruchnahmeverhalten des Versicherten beitragen und diente zugleich als Beitrag zur Konsolidierung der Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Eine Untersuchung von Hartmut Reiners und Melanie Schnee (Gesundheitsmonitor 2007) mit repräsentativer Befragung von knapp 16 000 GKV-Versicherten zwischen 2002 und 2007 kam im Kern zu folgenden Auswirkungen der Praxisgebühr:

– Die Zahl der direkten Facharztbesuche ohne Überweisung ging ab 2004 deutlich zurück. Gleichzeitig stieg der Anteil der Versicherten, die den Facharzt mit Überweisung aufsuchen, deutlich an: Von den Personen, die einen Facharzt aufsuchten, ließen sich vor Einführung der Praxisgebühr 55 bis 59 Prozent, nach Einführung 81 bis 85 Prozent zuvor eine Überweisung ausstellen.

– Als Reaktion auf die Praxisgebühr vermieden konstant 15 bis 20 Prozent der Befragten den Arztbesuch. Hier zeigte sich ein klarer Einkommens- und Schichtgradient, denn Personen mit einem niedrigeren Haushaltseinkommen und aus unteren sozialen Schichten vermieden deutlich häufiger den Arztbesuch. Aus der Oberschicht waren dies 14 Prozent, aus der Unterschicht 22 Prozent der Befragten. Vergleichbare große Unterschiede zeigten sich bei den wegen der Praxisgebühr verschobenen Arztbesuchen.

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 27. Februar 2012 übermittelt.

Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

Die Befragung ließ keine Schlüsse zu, ob wichtige oder unwichtige Arztbesuche vermieden oder verschoben wurden. Ein Rückgang der vermeintlichen Überinanspruchnahme von Versorgung konnte nicht gezeigt werden. Die Zahl der von Fachärzten behandelten Patientinnen und Patienten hat sich in der Zeit kaum verändert.

Nach einer Umfrage der forsa Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analysen mbH im September 2009 verzichtet jeder Zehnte aus Unkenntnis auf Leistungen der Vorsorge und Früherkennung, um die Praxisgebühr zu sparen (News aktuell GmbH vom 10. November 2009).

Im Dezember 2011 berichteten zahlreiche Medien von Äußerungen mehrerer Gesundheitspolitiker der CDU/CSU wie der FDP über eine anstehende bzw. aufzunehmende Reform der Praxisgebühr. Die Politiker begründeten dies mit der Wirkungslosigkeit der Praxisgebühr angesichts von durchschnittlich 18 Arztbesuchen in Deutschland pro Person und Jahr. Gesucht werde nach einer unbürokratischeren Lösung, vorgeschlagen wird auch die Umwandlung in eine Kontaktgebühr von 5 Euro pro Arztbesuch (Quellen: Das Parlament vom 5. Dezember 2011; FINANCIAL TIMES DEUTSCHLAND vom 5. Dezember 2011; Ärzte Zeitung vom 22. Dezember 2011).

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die mit dem GKV-Modernisierungsgesetz zum 1. Januar 2004 eingeführte Praxisgebühr hat das Ziel, die Eigenverantwortung und das Kostenbewusstsein der Versicherten für die Inanspruchnahme der an der ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer zu stärken und zusätzlich zur Konsolidierung der Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beizutragen. Mit einem jährlichen Volumen von fast 2 Mrd. Euro leistet die Praxisgebühr einen beachtenswerten Finanzierungsbeitrag zur GKV.

Auch das Bundessozialgericht kam in seiner Entscheidung vom 25. Juni 2009 (B3 KR 3/08 R) zu der Auffassung, dass Zuzahlungen ein zweckmäßiges Mittel zur Erhaltung der Effektivität und Effizienz der Leistungen der GKV sind. Sie seien geeignet, die Eigenverantwortung des Versicherten zu stärken und würden dazu dienen, Versicherte von der Inanspruchnahme nicht erforderlicher ärztlicher Leistungen abzuhalten. Dies führe zu Einsparungen bei den Krankenkassen und einer Entlastung der Solidargemeinschaft.

Belastungsgrenzen schützen die Versicherten vor sozialen Härten und finanzieller Überforderung. Demnach müssen Versicherte der GKV nicht mehr als 2 Prozent ihrer jährlichen Bruttohaushalteinnahmen für Zuzahlungen aufwenden. Bei chronisch Kranken liegt die Belastungsgrenze bei 1 Prozent. Bei der Ermittlung der Zuzahlungshöhe und der Belastungsgrenze werden zudem Freibeträge für die im Haushalt des Mitglieds lebenden Ehegatten und Kinder mindernd berücksichtigt. Die Befreiung gilt für alle im Haushalt lebenden Personen.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) dem Deutschen Bundestag am 8. Februar 2012 den vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen vorgelegten Evaluationsbericht über die Steuerungswirkung von Zuzahlungen und deren Ausnahmeregelungen nach § 62 Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) einschließlich einer Stellungnahme des BMG zugeleitet hat.

1. Wie hoch sind die jährlichen Einnahmen der Krankenkassen durch die Praxisgebühr seit ihrer Einführung im Jahr 2004?

Daten über die Höhe der Einnahmen der GKV durch die Praxisgebühr liegen im Rahmen der GKV-Statistik seit dem Jahr 2005 vor. Die Entwicklung der

Einnahmen durch die Praxisgebühr ist im Einzelnen der folgenden Tabelle zu entnehmen:

GKV-Einnahmen durch die Praxisgebühr in Mio. Euro	2005	2006	2007	2008	2009	2010	1.-3.Quartal 2011
Ärztliche Behandlung	1 620,1	1 555,8	1 526,3	1 520,6	1 501,9	1 534,4	1 170,6
Zahnärztliche Behandlung	384,1	375,5	3 72,3	402,6	374,5	391,9	295,3
Insgesamt	2 004,3	1 931,3	1 898,6	1 923,2	1 876,4	1 926,3	1 465,9
Veränderung zum Vorjahr (in %)							
Ärztliche Behandlung		–3,97	–1,90	–0,38	–1,23	2,17	1,33
Zahnärztliche Behandlung		–2,25	–0,85	8,14	–6,98	4,63	3,97
Insgesamt		–3,64	–1,69	1,29	–2,44	2,66	1,85

2. a) Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung über die Steuerungswirkung der Praxisgebühr vor?

   b) Verhindert die Praxisgebühr nach Auffassung der Bundesregierung eine Überinanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen?

   c) Liegen der Bundesregierung Erkenntnisse aus der Versorgungsforschung darüber vor, ob die Versicherten zwischen notwendigen und nicht notwendigen Arztbesuchen unterscheiden können?

   Wenn ja, welche?

   Wenn nein, nach welchen Kriterien wird die Bundesregierung über die im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP vereinbarte Reform der Praxisgebühr entscheiden?

   d) Fördert oder behindert die Praxisgebühr die Inanspruchnahme von Leistungen zur Vorsorge und Früherkennung?

   e) Ist der Bundesregierung der Umstand bekannt, dass zahlreiche Versicherte beim ersten Arztbesuch im Quartal Überweisungen auf Vorrat erhalten, um bürokratischen Aufwand für Ärztin/Arzt und Patientin/Patient zu vermeiden?

   Wenn ja, welche sinnvollen Steuerungsanreize kann die Praxisgebühr nach Einschätzung der Bundesregierung dann noch ausüben?

3. a) Wirkt sich die Gebühr nach Erkenntnissen der Bundesregierung unterschiedlich je nach verfügbarem Einkommen, Bildungsstand und Krankheitszustand der Versicherten aus?

   b) Teilt die Bundesregierung die oben zitierte Ansicht darüber, dass die Praxisgebühr Menschen mit niedrigem Sozialstatus von der Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen abhält?

   c) Verhindern die gesetzlichen Belastungsobergrenzen nach Erkenntnis der Bundesregierung hinreichend, dass Versicherte notwendige Arztbesuche vermeiden, obwohl sie die Praxisgebühr regelmäßig zumindest in den ersten Monaten des Jahres zahlen müssen?

   d) Überwiegen aus Sicht der Bundesregierung die schädlichen oder die nützlichen Folgen der Praxisgebühr?

Die Fragen 2 und 3 werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Es wird auf die Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der Fraktion DIE LINKE. auf Bundestagsdrucksache 17/4332 vom 20. Dezember 2010, hier insbesondere auf die Antworten zu den Fragen 165 bis 168, verwiesen.

Zu der Frage nach den Auswirkungen der Praxisgebühr auf die Inanspruchnahme von Vorsorge und Früherkennung wird auf die Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE. auf Bundestagsdrucksache 16/13790 vom 14. Juli 2009, hier insbesondere auf die Antwort zu Frage 16, verwiesen.

Darüber hinausgehende Erkenntnisse liegen der Bundesregierung nicht vor.

4. Sieht die Bundesregierung angesichts dieser Erkenntnisse einen erweiterten Reformbedarf bei der Praxisgebühr, und zwar über das im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP genannte Ziel hinaus, die Praxisgebühr in ein unbürokratischeres Verfahren zu überführen?

5. Plant die Bundesregierung angesichts dieser Erkenntnisse, die Praxisgebühr

   a) unverändert aufrechtzuerhalten,

   b) zu streichen?

      Wenn ja, plant sie eine Kompensation für den Einnahmenausfall der Krankenkassen?

      Wenn ja, in welcher Form?

   c) Plant die Bundesregierung eine Kontaktpauschale pro Arztbesuch?

   d) Welche Auswirkungen hätte eine Kontaktpauschale nach Einschätzung der Bundesregierung auf die Bürokratie in der Arztpraxis?

   e) Plant die Bundesregierung sonstige Änderungen bei der Praxisgebühr?

      Wenn ja, welche?

Die Fragen 4 und 5 werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP ist vereinbart worden, dass die Erhebung der Praxisgebühr in ein weniger bürokratisches Verfahren überführt werden soll. Es ist deshalb zu prüfen, inwieweit die Abwicklung der Praxisgebühr erleichtert werden kann. Darüber und über weitere Fragen zur Praxisgebühr wurde bisher in der Koalition noch nicht beraten.

6. a) Ist die in der Vorbemerkung der Bundesregierung zitierte Zahl von durchschnittlich 18 Arztbesuchen nach Erkenntnis der Bundesregierung zutreffend?

   b) Welche Zahlen liegen der Bundesregierung über die Jahre ab 2004 vor (bitte Quellen nennen)?

   c) Beziehen sich diese Zahlen auf Arztbesuche, oder schließen sie auch Arzt-Patient-Kontakte (ohne Sichtkontakt) ein?

   d) Sind in diesen Zahlen auch Kontakte der Patientinnen und Patienten zum nichtärztlichen Praxispersonal enthalten?

   e) Wie viel Prozent der Versicherten vereinen den Hauptanteil der Arztkontakte auf sich, und wie viel Prozent der Versicherten haben nur wenige Arztkontakte?

   f) Welche Patientengruppen vereinen den Hauptanteil der Arztkontakte auf sich?

Die bisherige politische Diskussion zur Steuerungswirkung der Praxisgebühr wird primär auf Basis des in verschiedenen Untersuchungen festgestellten Durchschnittswerts zur Häufigkeit der Arztbesuche geführt. Da in den amtlichen Statistiken der GKV die Zahl und die Verteilung der Arztkontakte nicht erfasst werden, bedarf es hierfür statistischer Sondererhebungen. Nach aktu-

ellen Analysen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) im Projekt „Versorgungsatlas“ lag im Jahr 2007 die bundesweite mittlere Anzahl an Arztkontakten bei 17 Arztkontakten pro Versichertem. Dabei werden neben einer Konsultation des Arztes bzw. des Psychotherapeuten sowohl die Abholung eines Rezeptes bzw. einer Überweisung als auch ein telefonischer Kontakt mitberücksichtigt, sofern sie zu einer Abrechnung führen. Unberücksichtigt dabei blieben Abrechnungen der Labormedizin und der Pathologie. Mit 17 Arztkontakten pro Jahr liegt Deutschland im internationalen Vergleich tendenziell hoch, wobei berücksichtigt werden muss, dass der Vergleich der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) auf Behandlungsfällen basiert, bei denen nur der erste Kontakt innerhalb eines Quartals gewertet wird. Die isolierte Betrachtung des Mittelwerts führt jedoch zu Fehlinterprationen des Versorgungsgeschehens, wie etwa zur pauschalen Aussage, dass in Deutschland eine zu hohe Arztinanspruchnahme bestünde. Demgegenüber zeigen differenzierte Analysen auf Basis der vertragsärztlichen Abrechnungsdaten, dass der Durchschnittswert entscheidend durch eine kleine Patientengruppe mit einer hohen Anzahl an Arztkontakten beeinflusst wird. Etwa 16 Prozent der Patienten nehmen 50 Prozent aller Arztkontakte in Anspruch, was insbesondere durch die Morbidität und das Alter der Patienten und deren damit einhergehende intensivere Versorgung erklärt werden kann. Die Hälfte der Patienten hatte weniger als elf Arztkontakte pro Jahr. Die ZI-Studie ergab, dass besonders viele Arztkontakte bei Patienten mit Organtransplantationen und Patienten mit Niereninsuffizienz sowie Patienten mit chronischer Hepatitits oder Hautulkus zu beobachten waren. Eine Studie der BARMER/GEK zeigt vier verschiedene Ereignisse auf, die darüber hinaus die Anzahl der Arztkontakte beeinflussen: Pflegestufe, DMP-Teilnahme, Erwerbsminderungsrente sowie Versorgung am Lebensende.

7. a) Vertritt die Bundesregierung die regelmäßig geäußerte und zitierte Ansicht, die Anzahl der Arztbesuche bewege sich in Deutschland im internationalen Vergleich auf Spitzenniveau?

   b) Wenn ja, auf welche Studien und Statistiken stützt sich diese Erkenntnis?

   c) Welche Vergleichszahlen aus Staaten der Europäischen Union (EU) oder der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) liegen der Bundesregierung konkret vor?

   d) Werden die Arzt-Patient-Kontakte bzw. Arztbesuche in den einzelnen Staaten auf vergleichbare Weise gezählt?

   Wo gibt es Unterschiede?

   e) Werden alle Kontaktanlässe, die für Deutschland gezählt werden, auch in den anderen Staaten entsprechend gezählt?

Internationale Vergleiche auf Grundlage von Daten der OECD sind wegen unterschiedlicher Qualität der Datenquellen (amtliche Statistiken oder Interviews) und unterschiedlicher Abgrenzungen (Fälle oder tatsächliche Kontakte) nur sehr eingeschränkt möglich. Für das Jahr 2009 ermittelt die OECD einen Durchschnittswert von 6,5 Arztkonsultationen pro Kopf auf der Grundlage von Daten aus 33 Mitgliedsländern. Den Spitzenplatz mit 13,2 Konsultationen nimmt Japan ein; 1,8 Konsultationen weist Chile am Ende der Skala auf. Für Deutschland werden 8,2 Konsultationen ausgewiesen, welche jedoch auf der Zählung von Behandlungsfällen basieren. Die internationalen Vergleichswerte lassen trotz der genannten Einschränkungen die Zahl der Arztbesuche in Deutschland als hoch erscheinen. Diese Einschätzung wird auch in anderen internationalen Studien z. B. des Commonwealth Funds bestätigt. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 6 verwiesen.

f) In welchen europäischen Ländern ist es nach Informationen der Bundesregierung im Krankheitsfalle erforderlich und in welchen nicht, eine ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorzulegen?

Lohnersatz- bzw. Geldleistungen im Krankheitsfall setzen in allen Mitgliedstaaten der Europäischen Union die Erfüllung bestimmter Pflichten zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit voraus. Ein ärztliches Attest ist ausweislich der europäischen MISSOC-Datenbank entweder ab dem ersten Krankheitstag oder nach mehreren Krankheitstagen zwingend vorgesehen oder, im Falle von Dänemark, zumindest auf Anforderung.

8. a) Stellt die kontaktabhängigen Grundpauschalen für Fachärzte im Einheitlichen Bewertungsmaßstab nach Auffassung der Bundesregierung ein Anreiz dar, Patientinnen und Patienten häufig in die Praxis einzubestellen?

Wenn nein, warum nicht?

b) Welche anderen Honorarbestandteile der fachärztlichen Vergütung können aus Sicht der Bundesregierung einen Anreiz schaffen, medizinisch möglicherweise nicht indizierte Arzt-Patient-Kontakte zu erzeugen?

c) Welche Honorarbestandteile der hausärztlichen Vergütung können aus Sicht der Bundesregierung einen Anreiz schaffen, medizinisch möglicherweise nicht indizierte Arzt-Patienten-Kontakte zu erzeugen?

d) Sieht die Bundesregierung die Gefahr, dass mit der im Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz) ermöglichten Ausweitung der Einzelleistungsvergütung bei den hausärztlichen Honoraren Anreize entstehen, medizinisch nicht indizierte Leistungen und medizinisch nicht indizierte Arzt-Patient-Kontakte zu generieren?

Wenn nein, warum nicht?

Die vertragsärztliche Versorgung ist im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften durch die gemeinsame Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen so zu regeln, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden. Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) wurde der gemeinsamen Selbstverwaltung im Bewertungsausschuss aufgegeben, zu prüfen, inwieweit der derzeit vereinbarte Pauschalierungsumfang vertragsärztlicher Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) mit dem Ziel der Stärkung förderungswürdiger Einzelleistungen zurückzuführen ist, um eine bedarfsgerechte, der Morbiditätsstruktur entsprechende und leistungsadäquate Abbildung der ärztlichen Leistungserbringung und mehr Verteilungsgerechtigkeit zwischen den Ärztinnen und Ärzten zu gewährleisten.

Die Bundesregierung geht nicht davon aus, dass durch die mit dem GKV-VStG ermöglichte Ausweitung förderungswürdiger Einzelleistungen medizinisch nicht indizierte Leistungen und medizinisch nicht indizierte Arzt-Patienten-Kontakte generiert werden, zumal es sich dabei insgesamt um für die Krankenkassen kostenneutrale Regelungen handelt und insbesondere die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen von den Maßnahmen unberührt bleiben.

9. a) Welche Arzt-Patient-Kontakte sind im vertragsärztlichen Bereich abrechnungsfähig, ohne dass sie ein persönliches Vor-Ort-Gespräch zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient voraussetzen?

   b) Inwieweit sind auch telefonische Kontakte zur Arztpraxis, das Anfordern und/oder Abholen von Überweisungen, Folgerezepten, Röntgenbildern, Befunden, Arztbriefen und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen abrechnungsfähig durch den Vertragsarzt?

   c) Sind alle diese Kontaktanlässe auch Bestandteil der Statistik, die der Bundesregierung vorliegt?

Im geltenden EBM wird für die Berechnung von Gebührenordnungspositionen mit Bezug auf den Arzt-Patienten-Kontakt unterschieden in:

1. Gebührenordnungspositionen, die unabhängig von der Art des Arzt-Patienten-Kontaktes berechnet werden können, soweit dies möglich ist (z. B. unvorhergesehene Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch den Patienten),
2. Gebührenordnungspositionen, die nur bei persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt berechnet werden können (wie z. B. die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen),
3. Gebührenordnungspositionen, die nur bei einer bestimmten Mindestzahl an Arzt-Patienten-Kontakten berechnet werden können (z. B. Zuschlag zur Versichertenpauschale für die Behandlung eines Versicherten mit einer oder mehreren schwerwiegenden chronischen Erkrankungen).

Andere Arzt-Patienten-Kontakte als persönliche Arzt-Patienten-Kontakte sind nach dem geltenden EBM entweder telefonische Arzt-Patienten-Kontakte oder mittelbare andere Arzt-Patienten-Kontakte, bei denen sich der Arzt und Patienten nicht am selben Ort, aber zum selben Zeitpunkt krankheitsbedingt austauschen. Für die ausschließliche telefonische Beratung des Patienten durch den Arzt bei Kontaktaufnahme durch den Patienten oder andere mittelbare Arzt-Patienten-Kontakte – jeweils im Behandlungsfall – sieht der EBM die „Haus- bzw. Fachärztliche Bereitschaftspauschale (EBM-Ziffer 01435)“ als abrechnungsfähige Leistung vor. Nach dem geltenden EBM kann der Vertragsarzt, ohne dass ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt zustande kam, auch den „Verwaltungskomplex“ (EBM-Ziffer 01430) abrechnen. Leistungsinhalt des Verwaltungskomplexes ist die Ausstellung von Wiederholungsrezepten, die Ausstellung von Überweisungsscheinen oder die Übermittlung von Befunden bzw. ärztlichen Anordnungen an den Patienten im Auftrag des Arztes durch das Praxispersonal. Die Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitbescheinigung setzt in jedem Fall einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt voraus.

Amtliche Statistiken über die genannten Kontaktanlässe bzw. -arten werden nicht erhoben. Sonstige Statistiken hierzu liegen der Bundesregierung nicht vor.

10. Vertritt die Bundesregierung die Ansicht, dass es einen großen Teil unnötiger Arztbesuche gibt?

    Wenn ja, wie hoch ist dieser Anteil, welcher Art sind diese Arztbesuche, und von welchen Patientengruppen werden sie wahrgenommen?

Es wird auf die Antwort zu den Fragen 2, 3, 6 und 8 verwiesen.

11. a) Wie bewertet die Bundesregierung, dass die Verantwortung für die gesundheitliche Grundversorgung in vielen europäischen Staaten nicht nur von Ärztinnen und Ärzten, sondern auch von den Angehörigen anderer Gesundheitsberufe, zum Beispiel der Pflegeberufe wahrgenommen wird, darunter Steuerungs- und Lotsenaufgaben und die Verordnung von benötigten Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln?

    b) Wie wirkt sich dies in diesen Staaten nach Informationen der Bundesregierung auf die Zahl der Arztbesuche und die Zufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte sowie Patientinnen und Patienten aus?

Der Möglichkeit zur Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen liegt das Bestreben zugrunde, Ärztinnen und Ärzte zu entlasten und ihnen die Möglichkeit zu geben, sich auf ihre Kernaufgaben zu konzentrieren. Maßvolle Regelungen zur Heilkundeübertragung können daher einen entsprechenden Beitrag zur Entlastung des Arztberufs und gleichzeitig – angesichts sich abzeichnender ärztlicher Unterversorgung – zur Verbesserung der Versorgungssituation leisten.

Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin, www.heenemann-druck.de
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.betrifft-gesetze.de
ISSN 0722-8333